



Согласие на получение вакцины Pfizer-BioNTech от COVID-19 Для лиц младше 18 лет

1 Информация о ребенке (просьба заполнить печатными буквами):

Имя ребенка (фамилия, имя, второе имя)

Дата рождения (мм/дд/гггг)

Адрес с указанием улицы и дома

Город

Штат

Индекс

Номер телефона

2 Информация о рисках и пользе вакцины Pfizer от COVID-19

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) одобрило использование вакцины от COVID-19 компании Pfizer для профилактики заболевания COVID-19 у людей в возрасте 16 лет и старше. FDA разрешило экстренное использование вакцины для людей в возрасте 5-15 лет. Для получения дополнительной информации о рисках, пользе и побочных эффектах вакцины Pfizer прочтите [Информационный бюллетень для получателей вакцины и лиц, ухаживающих за ними](#) для детей 5-11 лет или 12 лет и старше.

3 Согласие

Я прочёл и понимаю информацию о рисках и пользе вакцины Pfizer в разделе 2 выше. Я согласен, что:

1. Я являюсь родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка и имею законное право на предоставление согласия на его/ее/их вакцинацию вакциной Pfizer.
2. Я понимаю, что если возраст вышеуказанного ребенка составляет от 5 до 15 лет, во время его вакцинации требуется присутствие ответственного взрослого. Если родитель или законный опекун не может сопровождать ребенка, я даю согласие на то, чтобы нижеуказанный ответственный взрослый сопровождал ребенка.*
3. Я понимаю, что если возраст вышеуказанного ребенка составляет 16 или 17 лет, во время его вакцинации рекомендуется присутствие родителя, законного опекуна или ответственного взрослого. Я понимаю, что если я предоставляю свое согласие ниже, ребенок получит вакцину Pfizer независимо от моего присутствия.
4. Я понимаю, что в соответствии с законом штата (Кодекс по вопросам охраны здоровья и безопасности, § 120440), данные о всех прививках поступают в [Реестр учета прививок штата Калифорния](#) (CAIR2). Я понимаю, что запись о ребенке в реестре CAIR2 будет предоставлена местному департаменту здравоохранения и Департаменту здравоохранения штата. Эта информация будет считаться конфиденциальной медицинской информацией и использоваться только для обмена друг с другом или в соответствии с законом. Я могу отказаться от дальнейшего обмена этой информацией и запросить ограничение распространения записи в реестре CAIR2, отправив форму [«Заявка на ограничение распространения моей записи в реестре CAIR»](#).
5. Я понимаю, что подписывая эту форму, я даю разрешение округу Лос-Анджелес и участвующим партнерам по вакцинации связываться со мной относительно напоминаний о вакцине и доступа к электронной карте вакцинации ребенка.





Согласие на получение вакцины Pfizer-BioNTech от COVID-19 Для лиц младше 18 лет

6. Я понимаю, что мне не придется платить за вакцину или ее введение. Если у меня есть медицинская страховка, я понимаю, что моей страховой компании может быть выставлен счет на покрытие расходов за введение вакцины.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ за ребенка, указанного в верхней части этой формы, для получения вакцины Pfizer-BioNTech от COVID-19, и я ознакомился и согласен с информацией, указанной в этой форме.

Имя родителя или законного опекуна (фамилия, имя, второе имя)

Подпись

Дата

Адрес, если отличается от указанного выше

Номер телефона (предпочтительно мобильный телефон)

Кем приходится ребенку

Только для детей от 5 до 15 лет, которых не будет сопровождать их родитель или законный опекун

Имя ответственного взрослого, которому я разрешаю сопровождать ребенка

Я дееспособный или независимый несовершеннолетний или состою или состоял в браке.
(При выборе этого варианта вас попросят подтвердить эту информацию при получении вакцины.)

*Исключение: если несовершеннолетнее лицо проходит вакцинацию в школе, наличие согласия является обязательным; однако следуйте рекомендациям школы относительно необходимости присутствия родителя/законного опекуна или упомянутого взрослого.